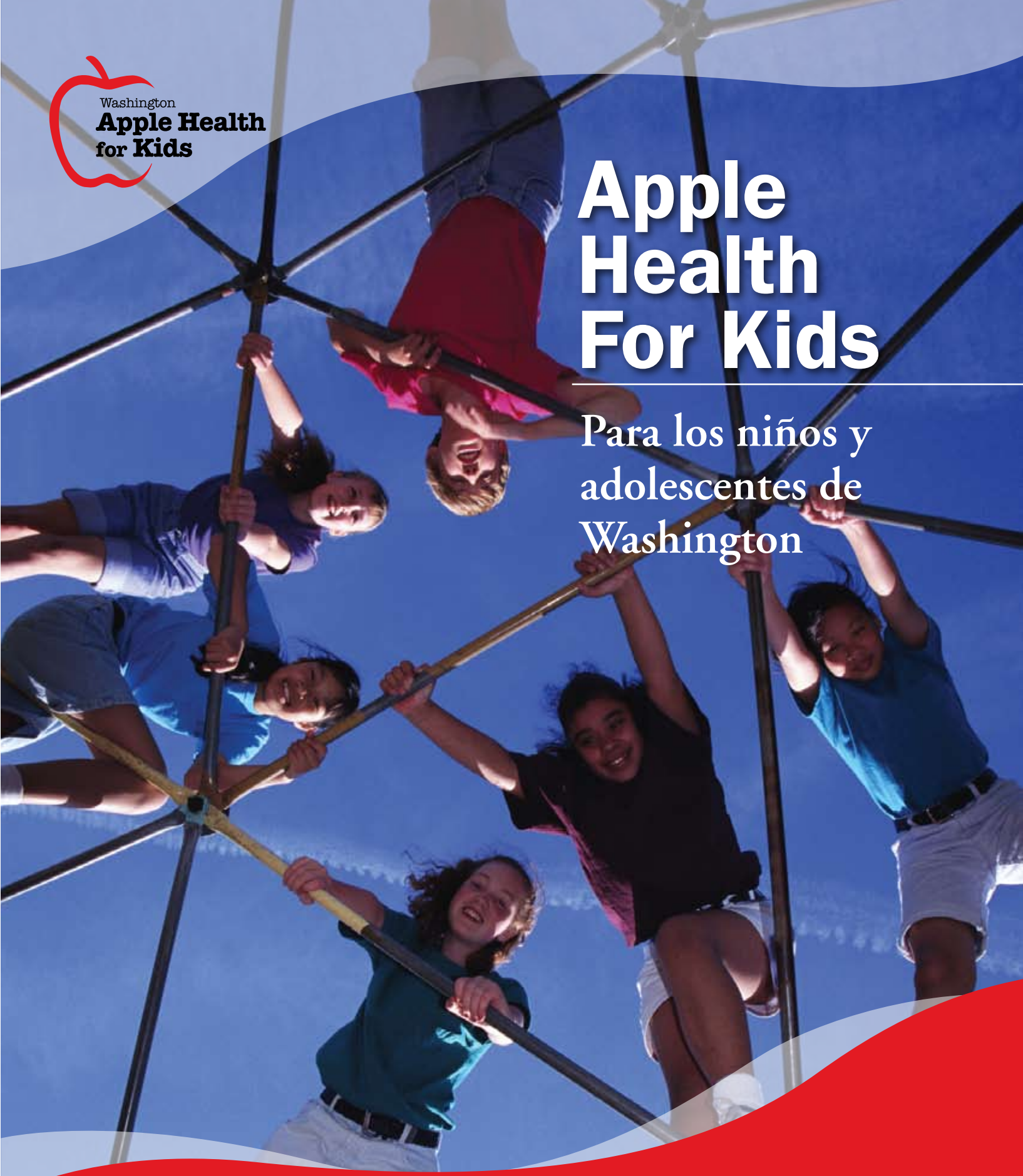


Washington
Apple Health
for Kids

Apple Health For Kids

Para los niños y adolescentes de Washington

Llamada sin costo 1-877-543-7669

Los operadores están esperando para poder ayudarlo de 8 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes o ¡envíe su solicitud por correo hoy!

También puede encontrar la información en nuestro sitio Web: http://www.AppleHealthForKids.wa.gov/

El Departamento de servicios sociales y de salud (DSHS) del estado de Washington 22-394 SP (Rev. 2/09)

Miles de niños menores de 19 años de edad son elegibles

Apple Health For Kids cubre a niños y adolescentes en varios tipos de hogares.

- Niños con padres solteros
- Niños con padres que trabajan
- Niños que viven con los abuelos, otros familiares o amigos
- Niños con dos padres de familia
- Adultos jóvenes (menores de 19 años de edad) que vivan solos

Aún los niños que tienen afecciones médicas preexistentes califican.

¿Qué clases de servicios están cubiertos?

Apple Health For Kids cubre un amplio rango de servicios ya que todos los niños necesitan mantenerse sanos. Una vez que su hijo(a) sea elegible, usted obtendrá más información sobre cómo obtener atención. Algunos de los servicios que están cubiertos incluyen:

- Visitas al médico y a la enfermera
- Atención dental
- Exámenes y vacunas
- Terapia física y del habla
- Transporte para las visitas al consultorio
- Atención hospitalaria y de emergencia
- Prescripciones
- Anteojos y aparatos de corrección auditiva
- Planificación familiar
- Orientación y ¡más!

¿Cómo puedo saber si mis hijos califican?

El proceso es fácil y muchas familias que trabajan califican. Los ingresos, el tamaño de la familia (*asegúrese de incluir un embarazo como un miembro de la familia*) y algunos de los gastos mensuales se evalúan para la elegibilidad. Para saber si sus hijos pueden calificar, siga estos pasos fáciles que aparecen a continuación. Luego compare sus ingresos mensuales con el cuadro.

Paso 1 **Escriba los Ingresos mensuales de su familia (antes de impuestos)**

- **Reste cualquier gasto que usted pague por atención de menores o adultos y que esté relacionado con el trabajo.** $ _____
- **Reste todos los pagos mensuales que usted haga por manutención de menores, ordenados por el tribunal, por un menor que viva fuera del hogar.** – _____
- **Reste $90 por cada adulto del hogar que trabaje.** – _____

Paso 2 **Compare y vea si califica** = _____

Si sus ingresos familiares están cerca de los montos del cuadro, ¡sus hijos pueden calificar para un seguro de bajo costo o gratuito!

Muchas personas pueden tener mayores ingresos y aún así calificar. Si sus ingresos son mayores que los del cuadro, por favor llame al 1-877-543-7669 para obtener más información.

Number of People in Family (includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to $2,708
2	up to $3,643
3	up to $4,578
4	up to $5,513
5	up to $6,448
More	Add $935 for each additional family member

Los niveles de ingresos se actualizan cada mes de abril. Esta tabla trata sobre el seguro médico para niños menores de 19 años solamente. Están disponibles otros programas con otros requerimientos de elegibilidad para familias y mujeres embarazadas. Llame sin costo al 1-877-543-7669 para obtener más información.

¡Es fácil solicitar!

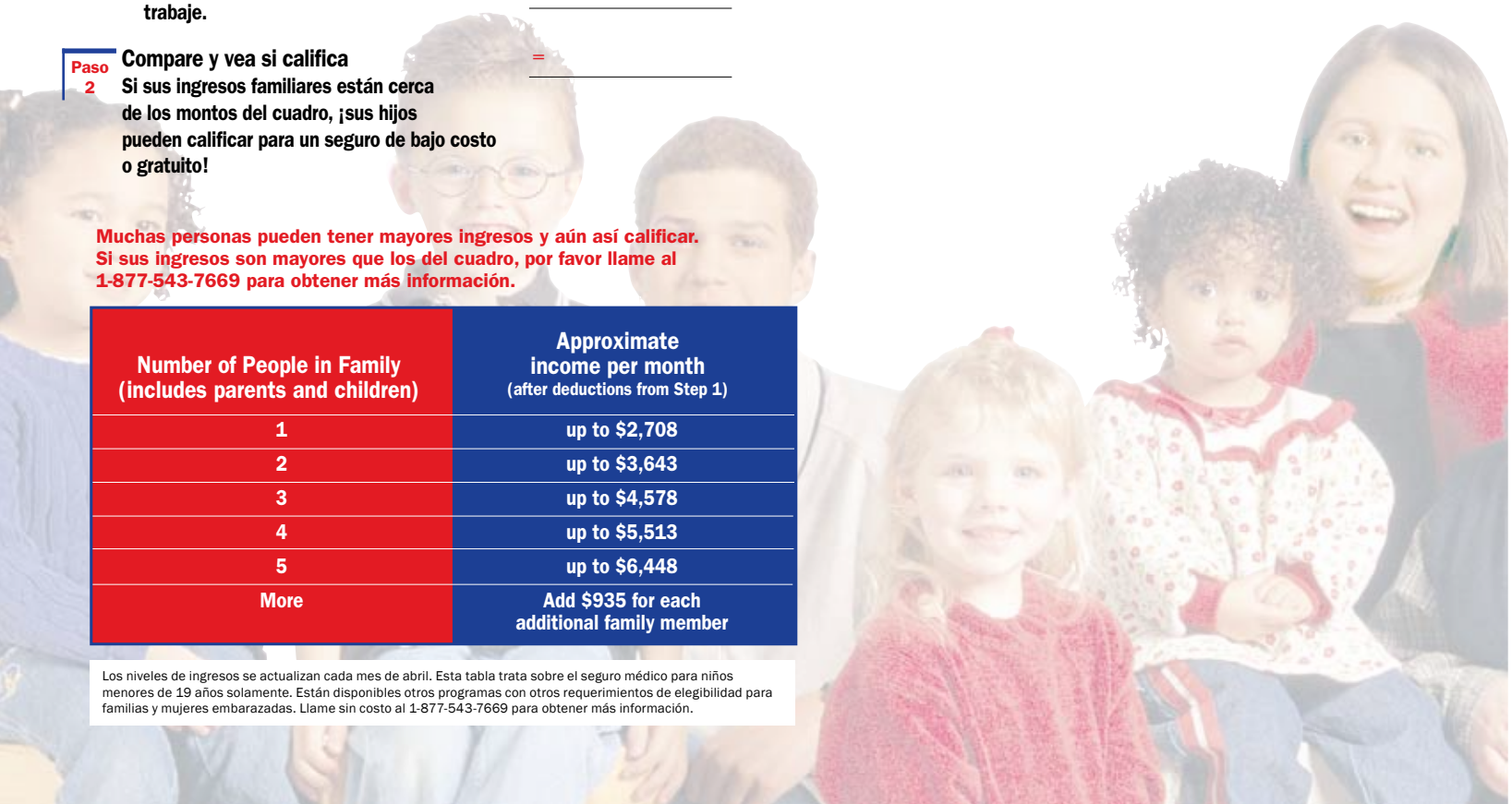
1. Llene la solicitud adjunta a este folleto.
2. Separe la hoja de solicitud.
3. Desprenda el sobre de la solicitud.
4. Adjunte copias de la constancia de ingresos a la solicitud. Por ejemplo:
   - Boletas de pago de los últimos 30 días;
   - Declaración de impuestos empresarial del último año; O
   - Una carta de su empleador que indique sus ingresos mensuales brutos.
5. Coloque la solicitud dentro del sobre.
6. ¡Póngala en cualquier buzón! No se necesita estampillas.

¿Qué tan pronto tendrán mis hijos cobertura médica?

- Se considera a los niños para una cobertura médica gratuita primero.
- Usted recibirá una carta en un plazo de 6 semanas informándole si la cobertura fue aprobada.
- Cuando se aprueba a sus hijos, ellos obtienen los servicios de atención médica inmediatamente.
- Para un proceso más rápido, asegúrese de llenar la solicitud por completo y adjuntar la constancia de ingresos.
- Cada doce meses se le enviará por correo un formulario para renovar su cobertura por un año más.

La cobertura de Apple Health For Kids es de bajo costo o gratuita,

- dependiendo de sus ingresos.
- Primero, se considera a los niños para una cobertura gratuita.
- Las primas se facturan mensualmente, desde $15 al mes por niño.
- Si usted tiene cuatro hijos o más, solamente pagará tres primas.
- Cierta cobertura puede ser retroactiva, aplicándola a facturas no pagadas de hasta tres meses de antigüedad.



Para obtener ayuda en su comunidad, llame:

Washington State Department of Social & Health Services

Washington Apple Health for Kids

Solicitud para beneficios médicos infantiles

Esta solicitud es para una cobertura médica solamente para niños y adolescentes menores de 19 años de edad. Cualquiera puede hacer la solicitud en nombre de un menor. Los menores pueden hacer la solicitud en nombre propio. **Le enviaremos a la persona mencionada en la casilla 1, toda la información de seguimiento.** Si tiene alguna pregunta o si desea ayuda para llenar este formulario, solamente llame al 1-877-543-7669. ¡Será un placer atenderle!

Escriba con letra de molde en tinta negra o azul. No use lápiz. **(Mencione al padre, tutor o persona de contacto que recibirá la información de seguimiento)**

1 PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO

2 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

3 DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) | CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

4 NÚMEROS DE TELÉFONO

CASA ( )

TRABAJO ( )

MENSAJE ( )

5 ¿Tiene dificultad para hablar, leer o escribir en inglés? Sí ☐ No ☐

¿Qué idioma o formato alternativo necesita? _____

¿Necesita un intérprete? (En caso afirmativo, le ayudaremos por medio de un intérprete). Sí ☐ No ☐

¿Qué idioma habla? _____

6 ¿Hay algún niño(a) menor de 19 años tenga alguna afección médica que necesite atención inmediata? Sí ☐ No ☐

¿Alguien en su casa está embarazada? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

Información general

7 Enumere a los miembros de la familia **que viven juntos**.
(Si es necesario, adjunte una hoja de papel por separado para enumerar más miembros de la familia).

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO M o F	RELACIÓN CON USTED	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL * = OPCIONAL	CIUDADANO DE LOS EE.UU. SÍ	CIUDADANO DE LOS EE.UU. NO	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	LLENE SI EL MENOR NO ES UN CIUDADANO DE LOS EE.UU. — INDIQUE LA FECHA EN QUE EL MENOR LLEGÓ A LOS ESTADOS UNIDOS	LLENE SI EL MENOR NO ES UN CIUDADANO DE LOS EE.UU. — ¿EL(LA) NIÑO(A) TIENE UN PATROCINADOR? SÍ	NO
A. PADRE, TUTOR O USTED MISMO				*	☐	☐				
B. CÓNYUGE U OTRO PADRE DE FAMILIA (si vive en el hogar)				*	☐	☐				
C. ENUMERE A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD **(que desean beneficios médicos)**					☐	☐			☐	☐
D.					☐	☐			☐	☐
E.					☐	☐			☐	☐
F.					☐	☐			☐	☐
G. ENUMERE A LOS DEMÁS ADULTOS/MENORES QUE ESTÁN EN EL HOGAR **(que no desean beneficios médicos)**				*						
				*						

Nota: Por favor adjunte cualquier documento que muestre la situación de los niños.

8 ¿Algún menor de 19 años de edad que esté en su hogar, está discapacitado? Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

Gastos Esta información puede ayudar a que sus hijos califiquen.

9 ¿Paga por cuidado infantil mientras trabaja? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? $_____

¿Le paga usted a alguien para que cuide de un adulto dependiente discapacitado mientras trabaja? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? $_____

10 ¿Paga manutención de niños por orden del tribunal por un menor que no está viviendo en su hogar? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto paga por mes? $_____

Barcode label

14380

Ingresos Ingrese el pago BRUTO (antes de impuestos o gastos).

(Adjunte constancia de ingresos de los últimos 30 días)

11 NOMBRE Y TELÉFONO DEL EMPLEADOR DEL PADRE/MADRE

( )

12 Monto que recibió en los últimos 30 días antes de reducir impuestos o gastos:

$_____

¿Qué monto de estos ingresos proviene de un trabajo independiente?*

$_____

13 NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (O DE OTRO DE LOS PADRES QUE VIVA EN EL HOGAR):

( )

14 Monto que su cónyuge (u otro de los padres que vive en el hogar) recibió en los últimos 30 días, antes de deducir impuestos o gastos:

$_____

¿Qué monto de estos ingresos proviene de un trabajo independiente?*

$_____

*SI USTED O SU CÓNYUGE (U OTRO DE LOS PADRES QUE VIVE EN EL HOGAR) TIENE UN EMPLEO INDEPENDIENTE, ES POSIBLE QUE SE LE HAGAN OTRAS DEDUCCIONES. LLAME 1-877-543-7669 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O ASISTENCIA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES.

OTROS INGRESOS DEL HOGAR	MONTO RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA GANA ESTOS INGRESOS?
15 MANUTENCIÓN DE MENORES	$	
16 PENSIÓN ALIMENTICIA	$	
17 PAGO DE SEGURO SOCIAL	$	
18 BENEFICIOS POR DESEMPLEO	$	
19 INGRESOS / INTERESES POR INVERSIÓN/DIVIDENDOS	$	
20 BENEFICIOS PARA VETERANOS	$	
21 TRABAJO E INDUSTRIAS	$	
22 PENSIONES MILITARES	$	
23 OTRO (Por favor explique)	$	

24 ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas no pagadas (durante los últimos 3 meses) de cualquiera de los menores para los cuales está presentando la solicitud? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es "Sí," por favor envíenos copias de todos los ingresos familiares para los meses que quisiera que revisáramos.

Información del seguro médico Coméntenos acerca de cualquier seguro médico que sus **hijos** ya tengan.

25 A ¿Algunos de los **niños** para los cuales está solicitando tienen ya seguro médico? Sí ☐ No ☐

25 B Si su respuesta es "Sí", ¿ese seguro médico cubre el médico, hospital, rayos X (radiología) y servicios de laboratorio? Sí ☐ No ☐

26 A ¿Sus **hijos** han estado cubiertos por algún seguro médico relacionado con el trabajo durante los últimos 4 meses? Sí ☐ No ☐

26 B Si su respuesta es "Sí", ¿costó la prima menos de $50 al mes para los dependientes? Sí ☐ No ☐

27 Si marcó "Sí" en cualquiera de las preguntas anteriores (25 a o b, o 26 a o b), indique el nombre de la compañía de seguros o empleador que proporciona el seguro médico para sus hijos.

COMPAÑÍA DE SEGUROS O EMPLEADOR	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (OPCIONAL)

Raza/Origen étnico de los menores (Información voluntaria)

Le pedimos que nos indique voluntariamente la raza u origen étnico de sus hijos. Esta información no se usará para considerar su elegibilidad para los beneficios.

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o Latino

☐ Hawaiano o de otra de las Islas del Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro _____

Está prohibida la discriminación en todos los programas y actividades que administra el Departamento de servicios sociales y de salud. No debe excluirse a nadie de estos programas y actividades en base a la raza, color, credo, orientación política, nacionalidad, religión, edad, sexo o discapacidad.

Lea cuidadosamente antes de firmar

Esta solicitud es solamente para beneficios médicos para niños. Si alguien en su familia ya recibe, o quisiera solicitar beneficios en efectivo, alimentos básicos u otros beneficios, por favor comuníquese a la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO, por sus siglas en inglés) de la sede local del DSHS

- Es posible que el DSHS le pida que compruebe la información que está proporcionándole para indicar si usted es elegible. Le puede solicitar al DSHS su ayuda para obtener las constancias.
- Otras agencias estatales o federales pueden revisar su información. NO se compartirá esta información con los Servicios de inmigración y naturalización (INS, por sus siglas en inglés).
- Al solicitar y obtener beneficios de atención médica, usted le concede al estado de Washington todos los derechos para cualquier apoyo médico y para cualquier pago a terceros por atención médica.
- El DSHS puede compartir el historial de inmunizaciones de su hijo(a) con el Sistema de rastreo de inmunizaciones del perfil del menor.

DECLARACIÓN Y FIRMA
He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

X _____ _____ Fecha

Cómo presentarla

ENVÍE POR CORREO A:

Dept. of Social and Health Services
P.O. Box 45531
Olympia, WA 98504-5531

PARA OBTENER AYUDA: Si necesita ayuda o tiene preguntas, por favor llame al **1-877-543-7669.**